

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1924

N°

THÈSE

243

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

présentée par

ARCHAWSKI Olga Catherine Thérèse

née le 25 mai 1897 à Chatel-Censoir (Yonne)

CONTRIBUTION

à

L'ETUDE

DE

L'OLEOTHORAX

Président de Thèse : F. BEZANÇON, *Professeur.*

LIBRAIRIE MARCEL VIGNE
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine
PARIS

1924

243

Contribution à l'étude
de l'oléothorax

Année 1924

N°

THÈSE

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

présentée par

ARCHAWSKI Olga Catherine Thérèse

née le 25 mai 1897 à Chatel-Censoir (Yonne)

CONTRIBUTION à L'ETUDE DE L'OLEOTHORAX

Président de Thèse : F. BEZANÇON, *Professeur.*

LIBRAIRIE MARCEL VIGNE
13, Rue de l'Ecole-de-Médecine
PARIS

1924



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURÉ.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILLEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale.
 BINET. . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA . . . Histologie.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 SUSQUET . . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY. . . Histologie.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ. . . . Hygiène.
 I. de JONG. . . Anatomie pathologique.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . Pathologie médicale.
 FOIX Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE. . . Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MOCQUOT . . . Pathologie chirurgicale.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . Bactériologie.
 RIBIERRE . . . Pathologie médicale.
 RICHET Fils . . Physiologie.
 ROUVIÈRE. . . Anatomie.
 STROHL Physique médicale.
 TANON Pathologie médicale.
 TIFFENEAU . . Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.
 VERNE Histologie.
 VILLARET . . . Pathologie médicale.
 WELTER. . . . Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS Physiologie.
 GOUGEROT. . . Pathologie médicale.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTNERER. . . Histologie.
 ROUSSY Anatomie pathologique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY . . .	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	TERRIEN . . .	Cliniq. ophtalmologique.
LEPER	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE BIEN AIME

*Qui m'inspira toujours le respect et l'amour
de la science médicale.
En témoignage de mon infinie tendresse*

A MA MERE

ET

A MON FRERE

Hommage de ma profonde affection

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY

Médecin des Hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
et nous a toujours guidé de ses conseils.
Qu'il nous permette de lui exprimer no-
tre plus vive gratitude et notre profond
attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. le Professeur CHAUFFARD.

le Docteur Faisans (*In memoriam*) .

le Docteur PISSAVY.

le Docteur Souligoux.

le Professeur ROGER, Doyen de la Faculté de
Médecine.

le Professeur agrégé TREMOLIERES

le Professeur agrégé N. FIESSINGER.

le Professeur BAR.

le Docteur Variot.

Notre travail ne sera qu'un très modeste apport à l'étude de l'oléothorax qui constitue, à l'heure actuelle, un mode de traitement susceptible d'intéresser nombre de praticiens, étant donnée la diversité des affections où les injections intra-pleurales d'huile goménolée ont été préconisées.

Nous nous sommes efforcés d'apprécier la valeur de cette méthode thérapeutique nouvelle, en tenant compte, d'une part, des résultats obtenus par nos devanciers, d'autre part, de nos observations personnelles.

La littérature relative à notre sujet étant encore restreinte, par suite de la date récente des premières expériences concernant l'oléothorax, l'historique sera brève, et nous aborderons ensuite immédiatement notre étude.

HISTORIQUE

En 1922, M. Bernou communiquait les résultats favorables obtenus à l'aide de l'oléothorax dans un cas de perforation pulmonaire spontanée, et dans un cas de pleurésie purulente tuberculeuse.

Depuis cette date, les travaux de MM. P.-E. Weill, les thèses de MM. Thin, Moigneteau et Tassin signalaient le succès presque toujours complet de la même méthode, soit dans les fistules pleuro-pulmonaires, soit dans les épanchements pleuraux.

Encouragé par ces résultats, notre maître, le Docteur Pissavy, expérimenta depuis lors cette thérapeutique nouvelle, et c'est sous sa direction que se sont poursuivies les recherches.

COMMENT ON FUT AMENE A INJECTER DE L'HUILE DANS LA PLEVRE ET POURQUOI ON CHOISIT L'HUILE GOMENOLEE

L'oléothorax consiste à introduire dans la plèvre une solution d'huile goménolée, en remplacement total ou partiel d'un épanchement séro-fibrineux ou purulent, d'origine tuberculeuse.

M. Thin insiste, dans sa thèse, sur les travaux de Glimm (1906) tendant à démontrer les faits suivants :

1° Le puissant pouvoir de résorption d'une séreuse enflammée.

2° La toxicité de l'exsudat résorbé pour l'organisme.

3° L'arrêt de la résorption sous l'influence d'injections de corps gras dans la séreuse enflammée.

Il rappelle d'autre part une expérience ancienne de Wegner et Recklinghausen d'après laquelle « un corps gras injecté dans la cavité péritonéale oblitère pour un temps assez long les capillaires lymphatiques. Peizer avait déjà prouvé cet effet occlusif des corps gras, en montrant que le sang d'animaux à péritoine huilé puis ensémené, ne donnait aucune

culture, tandis que les animaux à péritoine non huilé présentaient des accidents septicémiques. »

Enfin, les corps gras constituent un bon aliment pour l'organisme, et un excellent lubrifiant.

C'est pourquoi l'on songea à utiliser le pouvoir des corps gras pour lutter contre les inflammations de la séreuse pleurale. Et, dans ce but, l'huile d'olives, pure et stérilisée, ou l'huile de paraffine, eussent sans doute, à elles seules, rempli leur rôle.

Mais, comme les huiles essentielles jouissent de la propriété d'arrêter *in vitro* le développement du bacille de Koch, qu'on a vanté l'action antiseptique du goménol sur les lésions bacillaires, que plusieurs auteurs semblent l'avoir employé avec succès dans les suppurations bronchiques, on fut conduit à injecter dans la plèvre une solution d'huile goménolée.

C'est, en particulier, dans les cas :

1° de pneumothorax spontané survenant chez un tuberculeux et laissant après soi une fistule pleuro-pulmonaire ;

2° de pneumothorax à soupape ou suffocant ;

3° dans les épanchements du pneumothorax thérapeutique ;

4° dans les pleurésies séro-fibrineuses et purulentes,
que le traitement par l'oléothorax a été institué.

TECHNIQUE GENERALE

La solution employée est obtenue par un mélange d'huiles d'olives pure et stérilisée avec du goménol pur.

Dans les premières expériences, le titre de la solution employée était de 1 ou 2 pour 100 ; on fut amené bientôt à utiliser des doses de goménol plus fortes ; mais l'huile à 20 ou 30 pour 100 ayant parfois produit une réaction congestive locale et générale assez violente, on se sert à l'heure actuelle d'huile goménolée à 10 pour 100, les solutions à titre faible étant réservées pour les injections massives, et les injections de solutions fortes aux petites doses d'entretien.

Dans les injections d'importance moyenne, de 50 à 500 cc., on peut employer la solution à 10 pour 100.

La dose est variable suivant le cas, et suivant l'abondance de l'épanchement :

dans les épanchements inférieurs à 500 cc., on substitue à la quantité de liquide extrait une égale quantité d'huile ;

dans les épanchements de grande importance, on substitue au liquide retiré une moindre quantité

d'huile, et l'on répète l'opération plusieurs fois, en laissant entre les injections un intervalle suffisant pour ne pas produire une surpression pleurale, et pour donner à l'huile le temps de se résorber, totalement ou en partie.

D'ailleurs, quelle que soit la quantité d'huile que l'on désire injecter ultérieurement, il semble préférable de toujours tâter la sensibilité pleurale et générale du malade par une première injection de 10 à 20 cc. d'huile goménolée. Si celle-ci est bien supportée, on introduit la quantité voulue d'huile dans une seconde opération. Cette précaution paraît indispensable par suite des faits suivants :

Toutes les plèvres ne présentant pas la même capacité d'expansion, ni la même sensibilité au traitement : c'est ainsi qu'une séreuse déjà accoutumée aux insufflations du pneumothorax artificiel, ou épaissie par un épanchement de longue date, supporte beaucoup plus aisément les introductions d'huile qu'une séreuse neuve.

TECHNIQUE OPERATOIRE

Le malade sera placé dans la position habituelle de la thoracentèse, le plus confortablement possible, car la viscosité de l'huile rend l'opération longue et fatigante.

L'injection se fait habituellement dans le 9° ou le 10° espace intercostal, avec le trocart spécial de M. Thin, à grosse lumière.

Ce trocart, long de 5 cm, de 2 mm. de diamètre, présente deux terminaisons : l'une, métallique, dans l'axe même du trocart, s'adapte au tube qui amène l'huile ; l'autre terminaison, perpendiculaire à l'axe du trocart, comporte une olive de verre, et reçoit le tube de l'aspirateur Potain.

Ce double système permet d'aspirer le liquide et d'injecter l'huile en ne faisant qu'une seule ponction.

Le trocart mis en place, la pratique de l'opération est celle de la thoracentèse courante, une soufflerie de thermocautère est seule ajoutée qui facilite l'introduction de l'huile résistante et visqueuse.

La première partie de l'oléothorax à faire le vide dans l'aspirateur et à évacuer la quantité de li-

quide voulue, variable suivant l'abondance de l'épanchement et de manière à ne pas provoquer une trop violente décompression pulmonaire.

La deuxième partie de l'opération consiste dans le remplacement du liquide enlevé par l'huile goménolée, en quantité soit égale, soit moindre.

Afin d'éviter la formation d'abcès de la paroi, qui sont parfois survenus, il paraît indispensable de prendre quelques précautions :

1° Il importe de veiller à la plus rigoureuse immobilisation du trocart pendant toute la durée de l'opération ;

2° Aussitôt celle-ci terminée, le mandrin sera remis en place, de façon à chasser les gouttelettes de liquide septique qui pourraient rester dans la canule et ensemer la paroi au moment où on retire l'instrument.

3° Enfin, pour que le liquide n'infecte pas le trajet du trocart, et que la cicatrisation à ce niveau soit aussi prompte que possible, le malade doit être pendant les 48 heures consécutives à l'oléothorax, couché sur le côté sain.

REACTIONS GENERALE ET LOCALE OBSERVEES

Ces précautions suffisent en général à prévenir les accidents locaux ; mais nous avons vu cependant survenir chez un malade (obs. III) un abcès de la paroi thoracique qu'il a fallu inciser et évacuer à plusieurs reprises.

Parmi les autres incidents observés au cours de l'oléo thorax, il faut signaler :

1° La réaction générale accompagnée d'élévation thermique, de frissons, d'un état nauséux, et de vomissements pénibles pour les malades (obs. III) un abcès de la paroi thoracique qu'il a fallu inciser et évacuer à plusieurs reprises.

Parmi les autres incidents observés au cours de l'oléo thorax, il faut signaler :

1° La réaction générale accompagnée d'élévation thermique, de frissons, d'un état nauséux, et de vomissements pénibles pour les malades (obs. III, obs. de M. Tassin) ;

2° La réaction locale consistant en point de côté violent, toux, accès de suffocation ; et, en cas de fistule pleuro-pulmonaire, expectoration de l'huile sous forme de vomique totale ou fractionnée. Enfin,

chez un de nos malades, il semble que la séreuse elle-même ait réagi au traitement par une augmentation de l'épanchement.

En général, l'oléothorax est bien supporté ; les malades accusent même souvent un bien-être notable après l'injection.

L'huile se résorbe avec une rapidité variable ; tarie le plus souvent en quelques semaines, elle subsiste parfois, et ceci particulièrement dans les cas d'épanchements anciens où la plèvre est sans doute épaissie et par conséquent moins perméable, beaucoup plus longtemps.

C'est ainsi que chez un de nos malades (obs. VII), l'huile injectée le 12 juillet 1923 persistait encore le 10 janvier 1924, alors que l'épanchement avait disparu.

On peut, d'une manière générale, dire que la résorption de l'huile est complète, lorsqu'il n'y a plus trace d'odeur de goménol dans l'exhalaison du malade.

EVOLUTION ET ENTRETIEN DE L'OLEOTHORAX

Il est rare qu'une unique injection parvienne à tarir l'épanchement. Le plus souvent, il y a lieu de répéter plusieurs fois les évacuations gazeuses ou liquides, et de plonger ainsi, à plusieurs reprises, la surface pulmonaire dans le bain nutritif, lubrifiant et antiseptique que constitue la solution d'huile goménolée.

Nous étudierons les résultats de l'oléothorax dans les différents cas où il a été employé.

RESULTATS

I. — *Traitement par l'oléothorax du pneumothorax avec fistule pleuro-pulmonaire et du pneumothorax à soupape.*

Le 26 octobre 1923, M. P.-E. Weill et ses collaborateurs rapportaient l'observation suivante :

Une femme atteinte d'un pyopneumothorax droit total, présenta brusquement tous les signes de la perforation pulmonaire^e; l'oléothorax fut institué, et l'air de la plèvre en partie remplacé par de l'huile goménolée^e; en 8 séances, 950 cc. d'huile à 1 pour 100 furent injectés. Le pneumothorax diminua progressivement, puis disparut. La guérison obtenue fut durable.

Voici, d'autre part, le cas d'un malade de M. Bernou :

Un malade atteint de pyothorax secondaire à un pneumothorax artificiel fit une abondante vomique d'origine pleurale. Plusieurs injections d'huile goménolée sont pratiquées dans la plèvre, à la suite desquelles on constate l'oblitération de la fistule pleuro-pulmonaire, ce qui permet de poursuivre les insufflations du pneumothorax artificiel.

Enfin, M. P.-E. Weill signale le fait suivant :

Un malade présentant un hydropneumothorax gauche se plaignait de phénomènes dyspnéiques violents, intermittents, auxquels s'ajoutait un état général défectueux. On pensa à un pneumothorax à soupape : ce diagnostic fut d'ailleurs confirmé par l'examen radioscopique et manométrique.

On procéda à la thoracentèse aérienne et à l'oléothorax, et une amélioration notable fut constatée.

Les injections intra-pleurales d'huile goménolée paraissaient donc appelées à devenir le traitement de choix dans les cas de ce genre, et notre maître le Docteur Pissavy en fit l'essai.

Chez un malade (obs. I) présentant un pyopneumothorax fistulé dans les bronches, le traitement par l'oléothorax fut institué : aux 37 litres de pus extraits furent substitués 15 litres d'huile goménolée à 10 pour 100. Les injections furent parfaitement tolérées, mais à aucun moment on ne vit survenir ni l'oblitération de la fistule, ni la résorption de l'épanchement, et le malade finit par succomber aux progrès de la maladie.

M. Tassin, dans sa thèse, rapporte également un cas intéressant de cet ordre :

Observation de G... A..., 22 ans.

Ce malade fait un pneumothorax spontané droit. A son entrée à l'hôpital, il présenta un pneumothorax avec liquide.

La ponction exploratrice ramène un liquide purulent contenant des pneumocoques et des bacilles

de Koch. De plus, le cœur est déplacé, et le manomètre accuse une pression intra-pleurale de + 3. On extrait 200 cc. d'air, on réinjecte 200 cc. d'huile goménolée.

Le lendemain, le malade tousse sans arrêt depuis la veille au soir, et a rejeté, en crachant, une partie de l'huile introduite. Il sent fortement le goménol ; on doit le calmer par une piqûre de morphine.

Le traitement est poursuivi ; on retire encore 360 cc. d'air de la plèvre, et on réinjecte 200 cc. d'huile goménolée. Le malade se sent mieux pendant quelques jours, puis se met à vomir et expectore encore de l'huile.

L'expectoration constante de l'huile goménolée et de pus d'origine pleurale indique l'existence d'une fistule pleuro-pulmonaire largement ouverte ; l'évacuation rapide de l'huile goménolée par cette fistule enlève à ce traitement toute efficacité, et on ne renouvelle pas cette tentative thérapeutique.

L'expectoration d'huile est d'ailleurs pénible pour le malade à cause de l'état nauséux qu'elle provoque.

La suppuration pleurale persiste avec fièvre à grandes oscillations entre 37° et 40°, et le malade succombe dans l'hecticité.

Ainsi sommes-nous obligés de reconnaître que ce traitement n'a pas, dans les cas précités, présenté toute l'efficacité espérée, et nous nous rangerons entièrement à l'avis des Docteurs Dumarest, Murard et Brette qui s'expriment ainsi :

« Tout récemment, Bernou et Moigneteau ont préconisé sous le nom d'oléothorax les injections massives d'huile goménolée, dans le but de tarir la sécrétion et d'assécher la cavité ; les auteurs de la méthode prétendent même obtenir, par ce procédé, l'oblitération des fistules pleuro-pulmonaires.

Les tentatives que nous avons faites ne nous ont donn à ce jour aucun résultat probant, et, d'ailleurs, on ne discerne pas clairement par quel mécanisme la substitution d'huile goménolée à l'épanchement pourrait faciliter l'occlusion des fistules. En fait, l'huile goménolée est, en pareil cas, évacuée par les bronches, sous forme de vomique d'un goût intolérable.

Quant à son influence sur la reproduction de l'épanchement tuberculeux, elle n'est pas théoriquement ni pratiquement plus démontrée que sa valeur dans le traitement des abcès froids ganglionnaires, ou que celle des gaz goménolés recommandés par certains auteurs pour les insufflations. »

II. — *Traitement par l'oléothorax des épanchements pleuraux apparus au cours du pneumothorax artificiel.*

Chez une première malade (obs. II) atteinte de tuberculose fibro-caséuse unilatérale, soignée par le pneumothorax thérapeutique, apparut un épanchement séro-fibrineux abondant. L'oléothorax institué détermina bien la résorption de l'épanchement, mais en même temps une symphyse pleurale si complète se constitua qu'on dut interrompre définitivement les insufflations.

Un autre de nos malades (obs. IV) atteint de tuberculose fibro-caséuse d'un sommet, traité par le Forlamini, présenta, au cours de ce traitement, un grand épanchement pleural. Malgré les injections d'huile répétées à plusieurs reprises pendant deux mois, la symphyse pleurale se produisit, et obligea à abandonner le pneumothorax.

Enfin dans un autre cas (obs. III) d'épanchement séro-fibrineux apparu au cours du pneumothorax artificiel, la violente réaction générale du malade détermina la cessation des injections d'huile. D'ailleurs, la plèvre avait également réagi à l'oléothorax par une augmentation de l'épanchement.

Nous avons également expérimenté cette thérapeutique chez deux malades atteints de pleurésie séro-fibrineuse ayant subi la transformation purulente au cours des insufflations thérapeutiques.

Chez un malade (obs. V), l'épanchement finit par être presque tari, mais la cavité pleurale, malgré les introductions régulières d'azote dans la sé-

reuse, se rétrécit tant qu'il fallut renoncer à pour· suivre le pneumothorax artificiel.

Chez l'autre malade, l'épanchement persista pendant quatre mois. A ce moment, le pus se résorba spontanément, longtemps après la dernière thoracentèse.

Ainsi, ici non plus, l'oléothorax ne nous a pas donné les bons résultats attendus, et les injections d'huile ne nous ont semblé exercer d'influence nettement favorable, ni sur la résorption du liquide, ni sur sa transformation purulente, ni sur le maintien de l'intégrité de la séreuse pleurale.

Chez un seul de nos malades (obs. IV) l'injection d'huile sembla ralentir la reproduction du liquide, mais, chez tous les autres, ce traitement fut un échec.

Et, mettant à part le cas où l'oléothorax dut être interrompu par suite de l'intolérance absolue du sujet, nous avons vu l'épanchement de trois de nos malades (obs. II, IV, V) tarir au bout de quelques mois ; mais ce délai n'est pas si court qu'on puisse voir là une action favorisante de l'huile goménolée. D'autre part, dans ces cas, l'assèchement de la séreuse pleurale fit place à une symphyse complète : ainsi l'oléothorax qui aurait, d'après M. Thin, pour conséquence de déterminer une simple « pachypleurite, mais non une symphyse », nous a-t-il également déçus dans ce sens.

D'ailleurs, on conçoit mal quels purent être les éléments du diagnostic différentiel de M. Thin. Pour affirmer la présence d'un simple épaississement des

feuilletés pleuraux sans soudure, il eût fallu pratiquer une tentative de pneumothorax : jamais cet essai ne fut fait, si bien que le doute persiste sur l'exacte constitution anatomo-pathologique de la séreuse en pareil cas.

Mais, ainsi que le fait remarquer notre maître le Docteur Pissavy, « si l'absence de symphyse reste douteuse chez les malades de M. Thin, son existence ne fut que trop certaine dans les nôtres, puisqu'elle nous mit dans l'obligation d'interrompre le pneumothorax. »

Ainsi nous faut-il conclure à l'insuccès complet de l'oléothorax chez les malades atteints d'épanchements pleuraux apparus au cours du traitement par le pneumothorax artificiel.

III. — *Traitement par l'oléothorax dans les épanchements séro-fibrineux et purulents tuberculeux.*

Ici nous signalerons un véritable succès pour la méthode :

Il concerne un homme, porteur d'une pleurésie tuberculeuse ancienne, vieille de 3 ans, qui fut tarie en deux mois (obs. VII).

Mais chez un autre de nos malades, l'oléothorax se montra entièrement inefficace : poursuivi pendant cinq mois, il n'amena aucune amélioration, malgré les neuf thoracentèses pratiquées, au cours desquelles 10 l. 200 de pus furent extraits et 3 l. 970 d'huile goménolée injectés. La tuberculose progressa, l'état général s'aggrava, et le malade mourut quelques mois plus tard.

Enfin il nous reste à signaler l'observation d'un homme porteur d'une pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse, chez qui l'huile ne réussit pas à tarir l'épanchement : quatre mois après l'injection, il subsistait encore, et ne céda qu'à une simple thoracentèse pratiquée à ce moment (obs. IV). Or, il n'est pas rare de voir tarir un épanchement, si abondant soit-il, en un temps beaucoup moins long.

Ainsi, ici non plus, ne voyons-nous pas apparaître l'oléothorax comme un traitement vraiment curatif.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

R_g.. Jules, 23 ans, entré à l'hôpital Cochin le 29 mars 1922 pour un pyopneumothorax tuberculeux du côté gauche, avec fistule pleuro-pulmonaire. A la suite d'une première ponction de 1,200 cc. faite quelques jours après l'admission du malade, son état semble d'abord s'améliorer, et le 3 juin il quitte le service pour aller se reposer à la campagne. Il revient le 19 septembre très fatigué, et c'est alors qu'on commence chez lui le traitement par l'oléothorax. De la fin de septembre 1922 jusqu'au 15 septembre 1923, 32 ponctions sont pratiquées et 37 litres de pus sont extraits de la plèvre. En même temps, on fait 26 injections intra-pleurales, grâce auxquelles le malade reçoit 15 litres 430 cc. d'huile goménolée à 10 pour 100.

A aucun moment nous n'avons obtenu ni l'assèchement, même momentané, de la plèvre, ni l'oblitération de la fistule pleuro-pulmonaire.

Après des alternatives d'améliorations et d'aggravation, le malade succombe le 4 octobre 1923 à une cachexie progressive. L'autopsie ne put être faite.

OBSERVATION II

M... Jeanne, entre à l'hôpital Cochin le 5 décembre 1922, pour tuberculose fibro-caséuse du poumon droit avec expectoration bacillifère, mauvais état général et température sub-fébrile.

Le 23 décembre 1922, le pneumothorax artificiel est pratiqué.

En avril 1923, apparaît un épanchement séro-fibrineux abondant. On retire par ponction 2.400 cc. de liquide, et on injecte 500 cc. d'huile goménolée à 10 pour 100.

On renouvelle l'injection de 500 cc. d'huile deux jours plus tard.

Le 7 août, l'épanchement est résorbé ; une ponction exploratrice ne ramène plus que de l'huile. Mais, entre temps, le poumon a repris son expansion, et s'est soudé à la plèvre pariétale, si bien que le 23 août, il faut abandonner le pneumothorax.

Jusqu'ici la malade n'a pas souffert de cette interruption forcée. Nous l'avons revue il y a quelques semaines, et constaté que son état général était de tous points satisfaisant.

OBSERVATION III

C... Pierre entre à l'hôpital Cochin le 10 avril 1923 pour tuberculose fibro-caséuse du sommet droit, mauvais état général et température fébrile.

Le 14 avril, le pneumothorax thérapeutique est institué.

En mai apparaît un épanchement pleural d'abondance moyenne. Dans l'espoir d'accélérer la résorption du liquide, on injecte, à trois reprises, du 20 au 30 mai, sans extraction de liquide, 10 cc. d'huile goménolée à 10 pour 100. Chaque injection est suivie d'une violente réaction générale, avec température à 39°, frissons et vomissements.

Ces incidents nous empêchent de poursuivre le traitement.

Non seulement le liquide ne se résorbe pas à la suite des injections huileuses, mais il paraît plutôt augmenter. D'autre part, le poumon primitivement sain se tuberculise à son tour, et le malade succombe aux progrès de la bacillose.

OBSERVATION IV

B... Paul, entre à l'hôpital Cochin le 25 janvier 1923 pour tuberculose fibro-caséuse étendue du sommet gauche, avec température subfébrile, mais bon état général. Le pneumothorax thérapeutique est institué le 16 février 1923 et poursuivi dans d'excellentes conditions jusqu'en avril.

A ce moment, le malade se sent si bien que, malgré notre insistance pour le garder, il exige sa sortie et se remet au travail. Il revient le 18 mai, avec une température à 39° et un grand épanchement pleural.

Le 10 mai nous évacuons 850 cc. de liquide citrin et injectons 350 cc. d'huile goménolée à 10 pour 100.

Le 27 mai, nouvelle ponction de 850 cc. et nouvelle injection de 750 cc. d'huile.

Le 15 juin, la poche ne contient plus que de l'huile mais s'est considérablement réduite.

Le 3 juillet, la symphyse est complète et le pneumothorax abandonné.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, sa température est redevenue normale ; il a repris du poids et des forces. Il sort sur sa demande le 23 juillet 1923 dans un état satisfaisant.

OBSERVATION V

C... Alice, entre à l'hôpital Cochin le 27 septembre 1922 pour tuberculose fibro-caséuse étendue du sommet gauche avec température subfébrile et état général médiocre.

Le 4 octobre 1922, on institue le pneumothorax artificiel.

En mars 1923, apparaît un épanchement citrin sans extraction de liquide, on injecte 20 puis 400 cc., puis 450 cc. d'huile goménolée à 10 pour 100. Ces injections sont bien supportées, sauf la seconde qui donne une réaction thermique passagère assez forte. Malgré la présence d'huile dans la plèvre, l'épanchement subit la transformation purulente, comme le montre une ponction exploratrice faite le 16 juin.

On retire alors 600 cc. de ce liquide purulent qu'on remplace par de l'azote. Les insufflations se poursuivent en juillet, mais la cavité pluerale se rétrécit de plus en plus.

En août, on fait une nouvelle tentative de thoracentèse qui ne donne que quelques gouttes de pus. La cavité aérienne est réduite à des proportions infimes et le pneumothorax doit être abandonné.

Malgré tout, l'état de la malade a été s'améliorant, et elle est envoyée en sanatorium pour y continuer sa cure. Mais au cours de son séjour au sanatorium, une fistule s'ouvra à la paroi qui suppure pendant un temps assez long.

OBSERVATION VI

O... Roger entre à l'hôpital Cochin le 15 mars 1922 pour tuberculose fibro-caséuse discrète du sommet gauche avec bon état général.

Le 25 mars 1922 on pratique le pneumothorax artificiel.

En juillet de la même année, apparaît un épanchement séro-fibrineux abondant. Cet épanchement subit en août la transformation purulente.

Jusqu'en avril 1923, on évacue le liquide de temps en temps et on le remplace par de l'azote. Pendant tout ce temps, le collapsus pulmonaire est total et le poumon ne manifeste aucune tendance à l'expansion.

Pour mettre un terme à la reproduction du liquide, on décide le 13 août 1923 de pratiquer l'oléothorax. Après une ponction évacuatrice de 1.500 cc. on injecte 20 puis 250 cc. d'huile goménolée à 10 pour 100.

Pendant six mois, l'épanchement reste stationnaire. Pour assécher complètement la cavité, on fait une nouvelle thoracentèse en novembre; elle ramène 500 cc. de pus et une petite quantité d'huile. Aucune injection huileuse n'est fait à ce moment.

Après la thoracentèse, le liquide se reproduit encore, puis, sans intervention nouvelle, se résorbe spontanément.

Actuellement, la cavité pleurale est sèche, le poumon complètement affaissé, et le pneumothorax régulièrement entretenu se poursuit dans de bonnes conditions.

OBSERVATION VII

L..., tuberculeux depuis 1920, présente un épanchement pleural récidivant. Après une longue période de trois années pendant lesquelles l'état général reste assez satisfaisant malgré la persistance du liquide pleural, une aggravation survient qui amène le malade dans le service le 30 avril 1923.

A l'entrée sa température oscille aux environs de 38°. Une ponction exploratrice ayant démontré la nature purulente de l'épanchement, on évacue le 5 mai 1800 cc. de liquide et on injecte dans la plèvre 750 cc. d'huile goménolée à 10 pour 100. Le 21 mai, nouvelle ponction évacuatrice de 1250 cc. et injection de la même quantité d'huile. Le malade sort de l'hôpital le 1^{er} août sur sa demande. A ce moment, la température est à nouveau autour de 38°. L'état général ne s'est pas sensiblement modifié.

Le 10 janvier 1924, en pleine poussée évolutive, le malade revient dans le service.

Une ponction exploratrice faite à ce moment montre qu'il y a encore de l'huile dans la plèvre, mais plus de pus.

Il est donc certain que, dans ce cas, l'oléothorax a tari un épanchement purulent remontant à trois ans.

Quelques semaines plus tard, le malade succombait, emporté par sa tuberculose pulmonaire. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

OBSERVATION VIII

B... entre le 3 janvier 1923 à l'hôpital Cochin pour une pleurésie purulente tuberculeuse du côté gauche, dont le début paraît remonter aux derniers jours de novembre 1922.

L'état général paraît assez satisfaisant, la température est normale et l'embonpoint conservé.

L'auscultation révèle l'existence d'un petit foyer tuberculeux au sommet gauche. On ne trouve pas de bacilles dans l'expectoration, mais il y en a dans le liquide pleural.

Dès son entrée le malade est ponctionné et soumis aux injections d'huile goménolée. Du 3 janvier au 6 juin, date à laquelle nous renonçons à poursuivre le traitement, le malade subit neuf thoracentèses qui amènent l'extraction de ro l. 200 de pus et huit injections d'huile représentant au total 3 l. 970.

Pendant toute cette période, on ne constate aucune amélioration du côté de la plèvre, les lésions pulmonaires progressent et l'état général s'aggrave lentement.

Le 3 juillet apparaît un abcès de la paroi. Ponctionné à plusieurs reprises, cet abcès finit par guérir.

L'oléothorax n'ayant donné aucun résultat, on se contente, à partir de juillet, d'évacuer l'épanchement pleural quand son abondance oblige à intervenir. La reproduction de l'épanchement se fait d'ailleurs d'une façon de plus en plus rapide.

Des signes nets de dégénérescence amyloïde du foie, de la rate et des reins apparaissent, et le malade succombe le 5 décembre 1923.

L'autopsie montre un poumon gauche complètement affaissé le long de la colonne vertébrale et contenant quelques cavernules. La plèvre, très épaissie, est couverte de fausses membranes et de tubercules, sa cavité est remplie par une collection purulente fétide de 4 litres environ. Dans le poumon droit, on trouve de grosses lésions cavitaires. Il y a de la péricardite adhésive. Le foie, la rate et les reins sont en état de dégénérescence amyloïde.

OBSERVATION IX

G..., entré le 8 mai 1923 à l'hôpital Cochin. Le malade est atteint depuis le commencement de l'année, semble-t-il, de tuberculose fibro-caséuse discrète des deux sommets.

Il présente, à son entrée, tous les signes d'un grand épanchement de la plèvre gauche.

L'état général est mauvais, la température se tient entre 38° et 38°5.

Une thoracentèse, faite le 17 mai, permet d'extraire deux litres de liquide citrin qu'on remplace par un litre d'huile goménolée à 10 pour 100. Après la ponction, la température s'abaisse, elle est normale dans les derniers jours de mai. Cependant le 31 juillet, on extrait encore 750 cc. de liquide séro-purulent, mais cette fois on ne fait pas de nouvelle injection d'huile.

A la suite de cette deuxième ponction l'épanchement se résorbe peu à peu, l'état général s'améliore, et, en novembre, le malade quitte l'hôpital dans un état satisfaisant.

CONCLUSIONS

En résumé, nos conclusions sont les suivantes :

Quelles que soient les propriétés des corps gras vi-à-vis des séreuses enflammées et quelles que soient les propriétés antiseptiques et microbicides du goménol, l'oléothorax n'a donné aucun résultat appréciable chez la majorité de nos malades.

A part un seul cas, où nous vîmes, sous l'influence des injections d'huile, un épanchement tuberculeux purulent vieux de trois ans tarir rapidement, et un autre cas, moins probant, où l'oléothorax sembla ralentir la reproduction de liquide, cette méthode nous a constamment paru inefficace.

A aucun moment, nous n'avons pu constater, sous l'influence des injections intra-pleurales d'huile goménolée, ni la cicatrisation ni l'oblitération des fistules pleuro-pulmonaires.

A aucun moment non plus, ces injections n'ont hâté la résorption du liquide, ni empêché sa transformation purulente.

Elles n'ont, enfin, jamais réussi à prévenir la formation de la symphyse pleurale, bien au contraire, la soudure des feuillets pleuraux fut si com-

plète que, chez plusieurs de nos malades, les insufflations durent être abandonnées.

Quant à l'arrêt dans l'évolution des lésions pulmonaires tuberculeuses sous l'influence de ce traitement, c'est aussi là un fait des moins démontrés.

Ainsi, qu'il s'agisse de fistules pleuro-pulmonaires, d'épanchements spontanés de la plèvre, ou d'épanchements secondaires au pneumothorax artificiel, les injections d'huile intra-pleurales ne nous paraissent pas justifier les espérances de nos devanciers. Entre nos mains, l'oléothorax a échoué.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*
F. BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNOU. — L'oléothorax thérapeutique (Société Médicale des Hôpitaux), 25 avril 1922.
- DUMAREST, MURARD et BRETTE. — La pratique du pneumothorax thérapeutique, p. 193, 2^e édition.
- GUISEZ. — Suppurations bronchiques et intra-pulmonaires guéries par injections intra-bronchiques d'huile goménolée (1910).
- MOIGNETEAU. — Thèse de Paris, 1922. L'oléothorax comme traitement de la fistule pleuro-pulmonaire.
- PISSAVY, BRÉGER et CHABRUN. — Société Médicale des Hôpitaux, 10 avril 1924.
- RECKLINGHAUSEN. — Zur tetterresorption. Wirchow Arch., 1863, Bd 26, p. 172.
- TASSIN. — Thèse de Paris 1923. Les épanchements pleuraux au cours du pneumothorax thérapeutique.
- THIN. — Thèse de Paris 1923. L'oléothorax.
- P.-E. WEILL. — Pneumothorax spontané et oléothorax. Société Médicale des Hôpitaux. 26 octobre 1923.
- P.-E. WEILL et ISCH. WALL. — Un traitement d'urgence du pneumothorax suffocant, 1^{er} février 1923.

Librairie Marcel Vigné. — PARIS.

